UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917 N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

TRAITEMENT

DES

Végétations adénoïdes

DES

NOURRISSONS

PAR

Ernest FELDSTEIN

Né à Paris, le 10 avril 1888.

de la Faculté de Médecine de Paris
Interne des Hôpitaux de Paris
MÉDECIN AIDE-MAJOR AUX ARMÉES
Décoré de la Croix de Guerre

PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur MARFAN

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince VI^e^
1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COURVELAIRE RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET André	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ Henri	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY.	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR :

L'Hypertrophie craniennne simple familiale. — (en collaboration avec le Dr Klippel.) Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Nov. déc. 1913.

Les Paralysies laryngées. — Bulletin d'Oto-rhino-laryngologie. Mai 1914.

Sur un cas nouveau de maladie de Paget à forme unilatérale. (en collaboration avec le Dr Klippel). Paris Médical. (sous presse).

Le Traitement de la Coqueluche au XVIIIe siècle. — Paris Médical. 20 déc. 1913.

Deux remèdes de la vieille médecine sino-japonaise : les aiguilles et le moxa. — Paris Médical. 24 janv. 1914.

Une opération démodée. — Paris Médical. 2 mai. 1914.

A mes Parents

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MARFAN,

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la 1re Enfance
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants malades

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

M. le Professeur ROGER. Hôp. de la Charité.
M. le Dr VILLEMIN, (*in memoriam*). Hôp. Bretonneau. } 1908.

EXTERNAT

M. le Dr ROCHARD, Hôp. Saint-Louis.
M. le Dr BONNAIRE, Hôp. Lariboisière. } 1909-1910.
M. le Dr LION, Hôp. de la Pitié..... 1910-1911.
M. le Dr DARIER, Hôp. St-Louis..... 1911-1912.

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Dr WEILL HALLÉ.
M. le Dr BOULLOCHE. } Hôp. Bretonneau. 1912.

INTERNAT

M. le Dr KLIPPEL, Hôp. Tenon. 1913.
M. le Dr SAVARIAUD, Hop. Trousseau. 1914.

A MES AUTRES MAITRES

MM. les Docteurs MOUCHET, BABONNEIX, GUINON, OMBRÉDANNE, LOMBARD, Médecins et Chirurgiens des Hopitaux.

M. le Docteur CASTEX, chargé du Cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine.

MM. les Docteurs Georges et Gaston ALEXANDRE.

CHAPITRE Ier

DE L'IMPORTANCE DES VEGETATIONS ADENOIDES DANS LA PATHOLOGIE DU NOURRISSON

Les végétations adénoïdes constituent, selon le mot de Laurens, *un des pivots de la Pathologie infantile*. Dans la pathologie des nourrissons, elles prennent chaque jour une place plus grande. Chaumier, sur un total de 232 cas, trouve 26 fois des végétations adénoïdes chez des enfants âgés de moins d'un an. Cuvillier les trouve 97 fois sur 425 cas, chez des enfants âgés de 0 à 5 ans. Guéneau admet une proportion de 1 dixième environ pour les nourrissons sur le total des adénoïdiens.

La statistique, il faut l'avouer, est bien difficile à établir. L'amygdale pharyngienne de Luschka est un organe normal chez le tout jeune enfant. Quand commencent les végétations adénoïdes ? On pourrait discuter longtemps sur ce point. En pratique, le tissu lymphoïde du naso-pharynx ne devient patho-

logique que lorsqu'il amène soit des troubles mécaniques de la succion et de la respiration, soit des accidents réflexes ou infectieux. Il est possible que, dans certains cas, une hypertrophie légère de l'amygdale de Luschka puisse passer inaperçue parce qu'elle ne s'accompagne d'aucun phénomène d'occlusion retro-nasale ou qu'elle provoque seulement des troubles minimes; mais le fait doit être rare, étant donné ce qu'on sait des petites dimensions du pharynx nasal des nourrissons.

Du reste, les accidents provoqués par les végétations adénoïdes ne sont pas liés forcément au volume de ces végétations. Sans être hypertrophié, le tissu lymphoïde du naso-pharynx est capable de produire, par irritation réflexe, un spasme glottique, des vomissements, des convulsions ; il est donc pathologique sans être hypertrophié et il mérite un traitement.

L'histoire des végétations adénoïdes des nourrissons ne date que d'une vingtaine d'années. Le mémoire de Lubet-Barbon, en 1891, « sur quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge » en marque le début, bientôt suivi de travaux nombreux sur ce sujet nouveau. Marfau étudie la pathogénie des végétations adénoïdes ; Variot et ses élèves s'attachent à montrer le rôle de cette affection dans le développement du nourrisson. D'autres auteurs, Cuvillier, Weill, de Lyon, et ses élèves, Luc, en montrent les formes cliniques. Parmi les spécialistes, Lubet-

Barbou, Moure et ses élèves, étudient surtout le traitement ; ils perfectionnent la technique et l'instrumentation de l'adénotomie.

Par les travaux de ces auteurs, par des mémoires et des thèses nombreuses dont nous avons dressé la liste dans la bibliographie, les végétations adénoïdes ont pris une place capitale dans la pathologie des nourrissons et nous ne pouvons mieux justifier l'objet de cette thèse qu'en résumant les différents aspects cliniques sous lesquels elles se présentent. L'on verra ainsi quel peut être l'intérêt du traitement, dans une affection si fréquente et si variable dans ses formes.

Les différens types cliniques que l'on rencontre dans la pratique journalière peuvent être nettement séparés ; souvent ils se confondent ou s'additionnent Nous décrirons successivement :

1° Le type respiratoire ;
2° Le type digestif ;
3° Le type adénoïdien infectant ;
4° Le type adénoïdien qui s'accompagne de complications réflexes, à distance ;
5° Le type adénoïdien qui se complique de troubles auditifs.

1°. — Type respiratoire.

Le plus souvent, au cours des végétations adénoïdes du nourrisson, les troubles respiratoires

dominent la scène : l'enfant respire, la bouche ouverte. Sa respiration est difficile et bruyante, accompagnée d'un véritable cornage ou d'un bruit comparable au « coassement » de la grenouille (Moure) ; les ailes du nez battent et l'on peut croire à une dyspnée d'origine laryngée ou pulmonaire. C'est la nuit surtout que les troubles respiratoires sont intenses ; l'enfant ronfle parfois si fort qu'il réveille ses parents. Il peut être pris de crises de suffocation : il se dresse alors sur son lit, anxieusement, s'il en a la force ; son visage se cyanose et on peut croire qu'il va étouffer. D'autres fois, il a, pendant la nuit des quintes de toux coqueluchoïde, d'origine réflexe.

Ce type est le plus fréquent, à des degrés plus ou moins avancés : c'est le *type respiratoire*.

2. — Type digestif.

Comme la respiration nasale est très gênée ou même supprimée complètement, la succion est difficile : le nourrisson, après avoir pris quelques gorgées de lait, quitte brusquement le sein, en proie à une dyspnée intense ; il se dresse, ouvre la bouche largement, il avale de travers et tousse ; fréquemment, il vomit le peu de lait qu'il vient d'absrber. L'alimentation est ainsi sans cesse contrariée : l'enfant se nourrit insuffisamment, s'étiole et perd du poids. « La balance est en quelque sorte, dit Variot,

le baromètre de la santé du bébé ; c'est elle que l'on interroge et qui répond beau, variable ou mauvais. » De plus, comme les végétations sont souvent infectées, il intervient un facteur nouveau : *l'ensemencement septique de l'intestin ;* Aviragnet a montré le rôle des infections du naso-pharynx dans les troubles gastro-intestinaux chez les enfants. Enfin, selon la remarque de Variot, les végétations, même non infectées et non volumineuses, peuvent compromettre la nutrition par un autre mécanisme : elles entraînent par irritation réflexe de la toux spasmodique, suivie de vomissements alimentaires.

Cet ensemble constitue l'*Athrepsie adénoïdienne,* si souvent méconnue. On soigne l'estomac ou l'intestin de l'enfant, on change la nourrice ou le lait, on donne des médicaments, sans songer à examiner le cavum naso-pharyngien, où réside la cause du dépérissement.

Voilà le *type digestif de l'adénoïdien* qui, souvent d'ailleurs, se combine au type respiratoire.

3. — Type adénoidien infectant.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un nourrisson qui, de temps en temps, est pris de fièvre (39°, 40°), avec vomissements et agitation. La respiration est très gênée, l'obstruction nasale complète. Si l'on n'est pas prévenu, on cherche ailleurs la cause de ces phénomènes, on ausculte vainement le poumon. Mais si

l'on a soin d'examiner attentivement et à plusieurs reprises l'arrière-gorge du nourrisson, on remarque qu'elle est rouge ; le long de la paroi postérieure du pharynx descendent des sinuosités glaireuses ou purulentes. L'adénoïdité s'accompagne d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire ; dans certains cas les chaînes cervicales peuvent être prises et même les ganglions médiastinaux. Ces adénopathies peuvent persister, après la guérison de l'adénoïdite et l'on comprend que bien des « fièvres ganglionnaires » doivent être mises sur le compte de cette affection ; une adénopathie trachéo-bronchique, de cause mal connue et qu'on attribue à la tuberculose, peut être due à une adénoïdite qu'on ignore.

L'adénoïdite provoque souvent des otites moyennes suppurées, des abcès rétro-pharyngiens ; elle infecte les voies aériennes et peut amener des accès de faux-croup et surtout des broncho-pneumonies ; elle infecte le tube digestif et elle cause des entérites, des gastro-entérites par ensemencement septique de la muqueuse intestinale.

Tel est le *type infectant* dont le domaine pathologique est, on le voit, considérable.

4. — Type adénoïdien, s'accompagnant de complications réflexes a distance.

Dans certains cas, les végétations adénoïdes sont de volume minime, grosses comme un pois, par

exemple. Elles ne s'accompagnent ni de ronflement ni de symptômes d'obstruction nasale. On peut cependant leur rattacher certains accidents graves: convulsions, accès de toux coqueluchoïde, spasme de la glotte qui sont d'origine réflexe ; le point de départ du réflexe, la zone d'excitation se trouve au niveau du cavum. Le professeur Weill, de Lyon, a particulièrement insisté sur le spasme glottique, dû à la présence de végétations adénoïdes ; chaque fois qu'il voit à sa consultation un bébé atteint de laryngospasme, il commence par examiner son naso-pharynx et bien souvent il y trouve la cause du phénomène.

5. — Type adénoidien s'accompagnant de troubles auditifs.

Le type auriculaire est bien difficile à déceler chez le nourrisson, quand il est isolé ; il faut pour cela que les deux oreilles soient atteintes simultanément et à un degré tel que la diminution de l'acuité auditive soit des plus prononcées.

Il s'agit d'un bébé qui a eu des otites suppurées à répétition à la suite d'adénoïdite, et l'on comprend alors les troubles auditifs consécutifs, — soit d'un bébé dont les oreilles n'ont jamais coulé et la surdité s'explique alors par la présence de grosses végétations qui compriment mécaniquement et obstruent l'orifice de la trompe, d'où raréfaction de l'air dans la caisse du tympan, salpingite et surdité.

Notons enfin que certains auteurs ont remarqué la fréquence des végétations adénoïdes chez les sourds-muets ; ils ont voulu — point discutable — établir une relation de cause à effet entre les 2 affections.

Par cette description, on peut voir que les végétations adénoïdes du nourrisson ne sont pas chose négligeable ; il ne faut pas attendre pour les traiter que l'enfant ait vieilli, selon un préjugé qui est encore en honneur chez certains car, en vieillissant, l'affection peut amener des troubles irrémédiables. Nous allons voir successivement :

1° Le traitement médical, local ;
2° Le traitement général ;
3° Le traitement chirurgical, sur lequel nous insisterons spécialement.

CHAPITRE II

TRAITEMENT MEDICAL LOCAL DES VEGETATIONS ADENOIDES

Le traitement local des végétations adénoïdes du nourrisson, par des moyens médicaux, est, disons-le tout de suite, un traitement insuffisant. Il est incapable de faire disparaître des adénoïdes volumineuses et qui gênent mécaniquement ; il est incapable de mettre à l'abri des récidives, quand il s'agit d'adénoïdes à type infectant, mais pourtant, en présence d'une infection du cavum, c'est le seul traitement à utiliser, sur le moment. Il mérite donc d'être connnu et employé dans une catégorie de cas que nous verrons.

Le traitement local comprend :

1° L'administration d'huiles et de pommades par la voie nasale ;

2° Les irrigations nasales (dont nous ne parlerons que pour mémoire) ;

3° Les badigeonnages et attouchements par la voie buccopharyngée.

1. — Pommades.

On utilise comme excipient la vaseline blanche stérilisée ; on l'additionne de substances antiseptiques : résorcine, acide borique, eucalyptol, camphre, dans les proportions habituelels.

On peut prescrire, par exemple :

Eucalyptol ou camphre	0 gr. 20
Vaseline stérilisée	20 gr.

Le menthol était autrefois très en honneur ; mais depuis qu'on a signalé des accidents réflexes graves, dus à son emploi, il est presque complètement abandonné. Il est prudent, en tous cas, de ne donner que de faibles doses et de l'additionner d'une autre substance, par exemple le chlorhydrate de cocaïne ou l'acide borique :

Menthol	0 gr. 15
Acide borique	4 gr.
Vaseline	20 gr.

Ou :

Menthol	0 gr. 15
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Vaseline boriquée	20 gr.

Ces différentes pommades sont d'ailleurs employées de la même façon ; on en met gros comme un petit pois à l'entrée de chaque narine, 3 ou 4 fois par jour, ou mieux encore, on en porte la même quantité dans les fosses nasales, au moyen d'une allumette ou d'un

cure-dent, dont l'extrémité est entourée d'un peu de coton.

2. — Huiles.

On utilise comme excipient une des trois huiles suivantes : huile de vaseline, huile d'olives ou encore huile d'amandes douces. L'huile de vaseline est légèrement irritante pour la pituitaire, mais l'été on doit la préférer à l'huile d'olives qui rancit assez vite.

On additionne cette huile d'un des corps indiqués plus haut : eucalyptol, résorcine, camphre ou gomérol. On peut prescrire, par exemple :

Goménol	1 gr.
Huile stérilisée	20 ou 30 gr.

Ou :

Eucalyptol ou camphre	0 gr. 25
Huile stérilisée	25 gr.

On administre ces huiles soit au moyen d'un compte-gouttes de verre, soit de préférence avec la petite seringue de Marfan dont l'emploi est complètement inoffensif, même si l'enfant remue.

De toutes façons, il est bon de faire l'instillation après avoir couché l'enfant bien à plat ; l'huile se répand ainsi beaucoup mieux et vient baigner le naso-pharynx.

Si l'on se sert du compte-gouttes, on instille 4 à 6 gouttes dans chaque narine, 3 ou 4 fois par jour.

Avec la seringue de Marfan, on injecte un quart ou une moitié de seringue par narine, selon l'âge de l'enfant, 2 fois par jour.

Si l'on ne tient pas aux instillations huileuses, on peut prescrire, par exemple :

Collargol	aa	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Protargol	—	—
Eau distillée		20 gr.

3 à 4 gouttes par narine, 3 à 4 fois par jour.

Dans les cas d'occlusion rétro-nasale très prononcée, quand la respiration et la succion sont très gênées et surtout quand, pour une raison quelconque, on ne peut pas intervenir chirurgicalement, il est bon d'utiliser la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 03
Solution d'adrénaline (à 1 0/00)	6 gouttes
Eau distillée	6 gr.

1 ou 2 gouttes 2 fois par jour dans chaque narine. Ne pas employer cette solution plus de 5 ou 6 jours (Marfan.)

3. — Irrigations nasales.

Les lavages du nez étaient autrefois très employés : on se servait d'une petite poire de caoutchouc ou d'une seringue ; on injectait de l'eau bouillie chaude additionnée d'une substance antiseptique : sublimé, naphtol, etc.

Ces irrigations nasales doivent être complètement proscrites. L'eau chasse, en effet, devant elle les mucosités du nez et de l'arrière-nez. Elle tend à pénétrer sous pression dans l'oreille moyenne et à l'infecter. Les lavages du nez sont donc non seulement *inutiles* mais *dangereux*.

4. — Badigeonnages du naso-pharynx.

Les badigeonnages du naso-pharynx sont peu usités chez le nourrisson. Ils se font au moyen d'un porte-coton coudé, imbibé, par exemple, de glycérine iodée (à 1 p. 50) ou encore de cette solution, vantée par Marage :

Résorcine	àa 10 gr.
Eau distillée	àa 10 gr.

Séance tous les 3 jours.

En résumé,

On donnera surtout des pommades et des huiles antiseptiques, mais ce traitement médical sera, répétons-le, incapable de faire disparaître par lui-même les végétations adénoïdes et les troubles qu'elles apportent.

Le traitement médical sera employé surtout :

1° *Si les adénoïdes sont infectées* (adénoïdite aiguë ou subaiguë, simple ou compliquée).

2° *Comme adjuvant du traitement chirurgical,* pour antiseptiser le nez et le pharynx avant et après l'opération.

3° *S'il existe des contre-indications opératoires* ou si les parents s'opposent à l'intervention.

CHAPITRE III

TRAITEMENT GENERAL

Existe-t-il vraiment un traitement général des végétations adénoïdes du nourrisson? On est en droit de l'espérer si l'on tient compte des remarquables travaux qui ont été faits, en ces dernières années, sur la pathogénie des végétations adénoïdes.

Pour Ruault, il existe 2 variétés de végétations adénoïdes : 1° une VARIÉTÉ PRIMITIVE, *d'origine générale ou interne,* apparaissant de bonne heure chez des sujets prédisposés par le lymphatisme ou la dégénérescence : elle coïncide avec le rachitisme et semble due, par conséquent, à la même cause générale que ce dernier ; — 2° une VARIÉTÉ SECONDAIRE, *d'origine locale ou externe,* qui succède aux inflammations aigues de la gorge. De cette distinction faite par Ruault, on est amené à conclure que la première variété pourrait surtout relever d'un traitement général et la seconde d'un traitement local.

Le professeur Marfan, dans ses recherches sur le

rachitisme, a insisté sur les rapports étroits qui existent entre le rachitisme (et plus spécialement le *rachitisme congénital*) et les végétations adénoïdes des nourrissons. Il leur admet une cause commune : les toxi-infections intra-utérines à action durable. D'autre part, selon le même auteur, le *rachitisme acquis* reconnaît pour causes : 1° la dyspepsie gastro-intestinale chronique ; 2° la syphilis héréditaire ; 3° les pyodermites chroniques ; 4° la broncho-pneumonie prolongée. Dans le rachitisme acquis, le tissu lymphoïde du pharynx réagit pour sa part, d'une façon plus ou moins importante (1). En traitant les causes du rachitisme acquis, ne peut-on pas avoir une influence heureuse sur les végétations adénoïdes des nourrissons rachitiques ?

Les végétations adénoïdes ne sont qu'exceptionnellement de nature tuberculeuse, comme l'ont montré les recherches de Nobécourt et Tixier. Dans la tuberculose larvée des amygdales pharyngienne de palatine hypertrophiées, on méconnaît la nature tuberculeuse de l'hypertrophie (2). Le traitement d'ailleurs reste le même que dans les autres, malgré cette pathogénie particulière.

Dans un travail tout récent, le professeur Marfan

(1) Sur 100 rachitiques de tout âge, 73 avaient des végétations adénoïdes et 65 de l'hypertrophie des amygdales palatines (Marfan et Lemaire).

(2) Sur 57 cas de végétations adénoïdes développées avant 2 ans, M. Marfan a trouvé 2 fois qu'il s'agissait d'adénoïdes tuberculeuses. (Cutiréaction à la tuberculine positive et inoculation au cobaye positive.)

vient de montrer que « *dans les premiers temps de la vie, la cause de beaucoup la plus commune des végétations adénoïdes est la syphilis héréditaire* ». Toutefois, ce n'est pas la seule, comme le prétend M. Gaucher. Sur 57 cas de végétations adénoïdes développées avant 2 ans, 28 fois la syphilis congénitale était certaine ((1), 16 fois elle était probable : telle est la statistique des cas réunis par M. Marfan. De plus les végétations se sont manifestées le plus souvent avant 6 mois, plus spécialement entre 3 et 6 mois. Autre remarque : s'il y a des nourrissons syphilitiques qui ont des végétations adénoïdes et ne présentent aucun signe de coryza spécifique, il n'y en a guère qui aient du coryza spécifique sans végétations.

Le traitement spécifique doit être institué. En 1910, Abrand avait déjà noté la régression des végétations adénoïdes par le traitement mercuriel. « L'efficacité du traitement est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune. Avant 6 mois, souvent ce traitement donne une amélioration suffisante pour éviter l'ablation » (Marfan).

Si l'on adopte ce traitement spécifique, on fera, par exemple, des frictions quotidiennes d'onguent napolitain (gros comme une noisette, en friction pendant 5 minutes, sur l'un des lieux d'élection) avec inter-

(2) Vérifiée par des lésions cutanées et muqueuses spécifiques, ou par des lésions osseuses spécifiques, ou par l'hypertrophie de la rate, ou par la réaction de Bordet-Wassermann positive, ou par des lésions d'autopsie incontestables.

ruption de 15 jours tous les 3 mois pendant la première année.

Ou bien, on fera prendre à l'enfant, dans un peu d'eau ou de lait, de la liqueur de Van Swilten (x gouttes par mois d'âge, 1 ou 2 fois par jour). Comme traitement local associé, on mettra 1 ou 2 fois par jour, dans chaque narine, gros comme une lentille ou un pois, de la pommade suivante :

Calomel	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Vaseline	10 gr.

Le traitement par le *novarsénobenzol* peut avoir aussi des effets très favorables. On l'emploiera selon la technique du professeur Marfan, en injections intra-veineuses (une ou 2 injections par semaine, faites *dans une veine épicranienne*, ou dans la jugulaire, par séries de 5 à 7 injections séparées par des repos de 6 à 8 semaines, en commençant par la dose initiale de 0 gr. 01 centigr. de novarsénobenzol par kilog.) Dans un cas particulièrement heureux, M. Marfan a vu disparaître les végétations adénoïdes et le coryza, au bout de 4 injections de novarsénobenzol, chez une fillette de 4 mois (voir Obs. XVI).

En plus du traitement antisyphilitique, Pistre (de Grenoble) conseille l'emploi de petites doses, longtemps continuées, d'extraits associés de toutes les glandes eudocrines. Il ne me semble pas avoir été suivi dans cette voie.

En somme, un traitement *spécial* sera institué lorsqu'on aura reconnu chez un nourrisson adénoï-

dien une tare quelconque. S'il est scrofuleux, rachitique ou hérédo-syphilitique, ses végétations adénoïdes bénéficieront du traitement spécial de ces affections. De plus, on pourra lui donner, comme le conseille le professeur Marfan :

1° Le matin, avant le premier repas :

0 gr. 10 à 0 gr. 25 de glycérosphosphate de chaux.

2° A midi et le soir, avant la tétée ou le biberon :

2 ou 3 gouttes de la solution d'adrénaline, à 1 p. 1000 (dans un peu d'eau).
(L'adrénaline par la bouche peut déterminer de la diarrhée).

Ces deux médicaments seront administrés 15 jours par mois.

Deux fois par semaine, on donnera au bébé un bain salé (250 gr. de gros sel pour une baignoire d'enfant). Le bain sera de 6 à 10 minutes, à 35°. Après le bain, friction avec un gant de laine imbibé d'alcool de lavande. Enfin, l'été, le séjour à la mer peut être recommandé, à la condition que les végétations n'aient pas déterminé des troubles du côté de l'oreille.

Le traitement général, qu'on néglige trop souvent, mérite pourtant d'être pris en considération. Il est évident que, dans bien des cas, il a des chances d'agir trop lentement ou de ne pas agir du tout. Si les accidents sont sérieux, il ne faut pas hésiter. *Sans abandonner le traitement médical* auquel on aura recours par la suite, il faut intervenir chirurgicalement. Seul, l'adénotomie peut donner le résultat désirable *quand le traitement doit être rapide.*

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical est le seul traitement *valable* des adénoïdes du nourrisson quand les troubles provoqués sont alarmants, ou simplement sérieux. Nous allons en voir les indications et les contre-indications :

1. — Indications.

D'où tirera-t-on les indications opératoires? L'examen du naso-pharynx apporte-t-il à ce sujet des indications precises? Le moyen d'exploration, le plus employé chez le nourrisson, est le *toucher digital,* pratiqué de préférence avec le petit doigt ou l'index, quand c'est possible. On asseoit l'enfant sur ses genoux, on maintient sa tête appuyée contre soi et l'on va, avec le doigt, explorer le plafond et les parois du cavum. Si l'enfant a déjà des dents, on déprime

la joue avec l'autre main, pour éviter d'être mordu. Il faut agir rapidement, sous peine de provoquer un accès de suffocation ou un vomissement ; il faut avoir le doigt propre et l'ongle coupé ras ; il faut s'abstenir de faire le toucher s'il y a du pus dans le pharynx. On a la sensation d'un paquet de vers de terre ou d'un matelas de consistance demi-molle. S'il existe une poussée d'adénoïdite, on peut être trompé sur le volume exact des adénoïdes ; l'inflammation augmente en effet momentanément leur volume ; elles se gonflent également à la manière d'une éponge par les temps humides (Moure).

Dans certains cas, le toucher n'est pas possible ; il faut faire un toucher médiat au travers du voile du palais ; cela exige une certaine habitude. On peut encore faire l'examen rhinoscopique antérieur, après avoir fait rétracter les cornets, par l'application d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline ; l'otoscope de Toynbee peut servir à cet examen ; il est plus pratique que le spéculum nasal chez les nouveau-nés.

D'après cela on voit que *les notions fournies par l'examen du naso-pharynx sont insuffisantes ou trompeuses,* dans bien des cas. Qu'importe, d'ailleurs, la taille des végétations si les troubles fonctionnels qu'elles apportent sont considérables ? C'est à ces troubles qu'il faut demander les véritables indications opératoires :

L'adénoïdien qui respire mal ou qui tette mal, l'adénoïdien qui a sans cesse des accès de fièvre ou des symptômes réflexes, doit être opéré au plus tôt,

dans les conditions que nous verrons plus loin.

Quand le médecin a fait son diagnostic et qu'il a constaté la nécessité d'intervenir, sa tâche n'est pas terminée. La maman qui veut consulter a déjà fait son diagnostic, à la maison ; elle s'est trompée naturellement, sur l'origine des phénomènes qu'elle a notés chez son bébé ; elle est étonnée du diagnostic qu'on formule et du traitement qu'on propose. La médecine des mères de famille, si souvent judicieuse, est ici en défaut. On est assailli de questions. Comme le fait remarquer Laurens, on entend toute cette « gamme » de questions :

1° Est-il vraiment bien nécessaire d'opérer ?

2° Les végétations ne disparaîtront pas d'elles-mêmes ?

3° N'est-il pas préférable d'attendre que l'enfant soit plus grand ?

4° L'opération est-elle grave ?

5° Faut-il endormir l'enfant ?

6° Les végétations repousseront-elles ?

7° L'opération guérira-t-elle l'enfant de tous les troubles qu'il présente ?

Il faut parfois engager un véritable combat. On doit répondre à toutes ces questions, expliquer, convaincre et user, vis-à-vis de la mère, de toutes ses ressources de persuasion et d'éloquence. Le plus souvent, on gagne la partie, mais ce n'est pas sans mal !

2. — Contre-indications.

Le jeune âge de l'enfant n'est pas une contre-indication opératoire. On se demande, du reste, pourquoi un bébé de quelques semaines ne supporterait pas aussi bien l'ablation des adénoïdes qu'une cure de hernie ou la correction d'un bec de lièvre, opérations plus longues et nécessitant l'anesthésie générale ?

S'il le faut, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'opération 15 ou 20 jours après la naissance. Moure préfère pourtant attendre que l'enfant ait 7 ou 8 mois, pour intervenir, chaque fois que la chose est possible.

On n'opèrera pourtant, sous aucun prétexte, dans les cas suivants :

1° Si l'enfant a une *tare* quelconque : la tuberculose, par exemple, est une contre-indication absolue. A la suite d'une cure malencontreuse d'adénoïdes, on a vu survenir chez de petits tuberculeux une granulie généralisée.

2° Si l'enfant se trouve dans de *mauvaises conditions de milieu :* une épidémie de grippe dans la maison ou la famille fera retarder l'opération.

3° Si l'enfant est atteint d'une *infection locale ou générale* (rhinite, adénoïdite, otite, gastro-entérite, etc...), ou s'il est en incubation de maladie infectieuse. C'est dans ces cas qu'on verrait survenir

des accidents dangereux : inflammatoires, hémorragiques, septicémiques, qu'on attribue parfois à l'opération et qui sont en réalité imputables à la négligence de l'opérateur.

Le matin de l'opération, il faut donc, avant toute autre chose, prendre la température du nourrisson, examiner sa gorge et son nez, demander s'il a passé une bonne nuit. Le moindre doute doit faire hésiter et retarder la petite intervention.

CHAPITRE V

INSTRUMENTATION

On a inventé un grand nombre d'instruments, destinés uniquement au nourrisson. Chez le nourrisson, en effet, il est indispensable de ramener au dehors les végétations adénoïdes : leur volume est trop considérable pour pouvoir passer dans l'œsophage et à plus forte raison elles risqueraient d'obstruer les voies aériennes supérieures. Il faut, d'autre part, des instruments qui, par leur taille et leur forme, puissent être introduits et retirés facilement.

Ces instruments peuvent être classés en 2 groupes : 1° les adénotomes ; 2° les pinces.

1. — Adénotomes.

On peut employer la curette de Gottstein, plus ou moins modifiée, ou encore l'adénotome à guillotine de Schütz dont il faut avoir des modèles variés.

Le meilleur instrument, dans ce groupe, est *l'adénotome à panier, de Moure*. Cet instrument est essentiellement constitué par un adénotome coudé, le long duquel se trouve une tige mobile, portant, en face du couteau de l'adénotome, un panier métallique muni de griffes. Ce panier est articulé sur sa tige ; quand l'appareil est fermé, il repose sur le couteau ; quand il est ouvert, le panier s'écarte du couteau et l'on peut le vider de son contenu.

2. — Pinces.

Les pinces à végétations sont très nombreuses. Citons les pinces de Glover, de Lubet-Barbou, de Ruault, de Chatellier, etc...

Ces pinces sont formées par deux branches articulées, portant à leur extrémité deux cuillers qui se regardent par leur concavité, s'appliquent par leurs bords l'une contre l'autre et emprisonnent, après l'avoir tranché, un fragment d'adénoïde. Elles se distinguent essentiellement des pinces utilisées chez l'adulte par une courbure plus brusque et par leurs dimensions.

Les modèles de pinces diffèrent seulement par quelques détails de fabrication ; en raison de leur forme, elles présentent de nombreux avantages :

1° Elles ne peuvent pas blesser le voile du palais ni la luette, à cause de la partie fenêtrée qui, pendant l'opération, regarde cette partie du pharynx ;

2° Elles saisissent un morceau d'adénoïde entre les 2 mors, sans qu'on ait à craindre la chute de ce fragment dans les voies digestives ou respiratoires ;

3° Elles « prennent » sans trop couper ni arracher, ce qui évite une forte hémorragie.

Nous verrons plus loin les reproches que fait Moure à ces instruments. Ils sont pourtant d'un usage courant ; *la pince de Lubet-Barbou*, par exemple, se trouve dans tous les services d'enfants.

En plus de l'instrument actif (adénotome ou pince), il faut encore avoir, pour opérer, un petit abaisse-langue métallique. L'ouvre-bouche est inutile.

Les instruments sont naturellement stérilisés avant l'intervention ; il suffit, en pratique, de les faire bouillir dans une solution de carbonate de soude au centième.

CHAPITRE VI

L'OPERATION

1. — MANIÈRE DE PRÉPARER L'ENFANT.

Dans les jours qui précèdent, il est bon de faire quelques instillations huileuses dans les narines.

Le matin même, on évite de donner à téter à l'enfant dans les heures qui précèdent ; on le laisse emmaillotté lâchement et on a soin de dégraffer la brassière et de lui libérer le cou. On lui noue une serviette derrière la nuque.

L'anesthésie générale ou locale est complètement inutile ; il suffit d'agir vite.

2. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

a) **Quand on opère à la pince :**

L'enfant est tenu par un aide ; celui-ci est assis sur un tabouret et appuie contre lui le corps de l'enfant. L'extrémité inférieure est serrée entre les

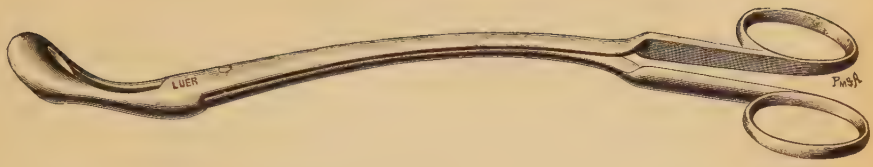

Fig. 1. — Pince à branches courbes de Chatellier.

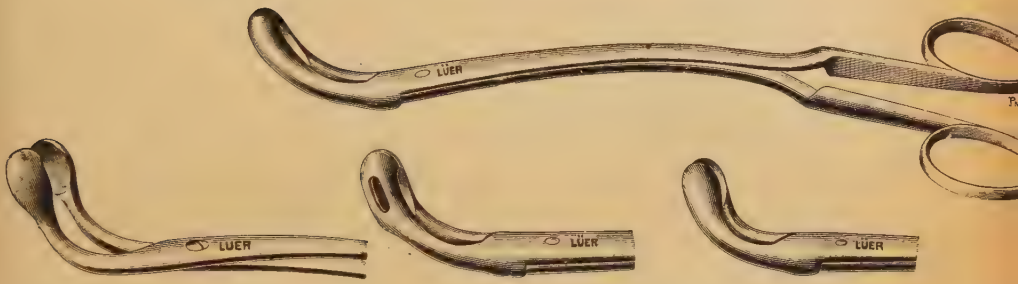

Fig. 2. — En haut, Pince de Ménière.
En bas, de gauche à droite : Pinces de Löwenberg, Ruault, Lubet, Barbo

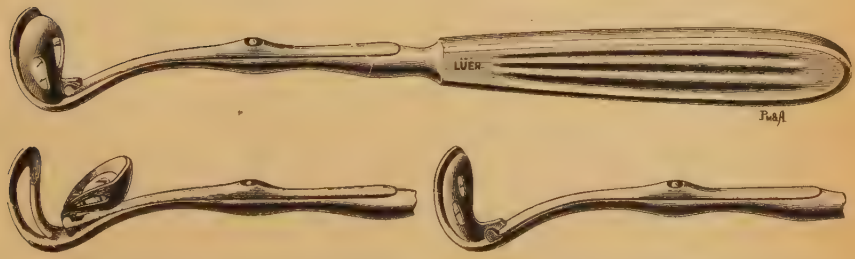

Fig. 3. — En haut : Adénotome à panier de Moure.
En bas, à gauche : le même, ouvert.
à droite, Adénotome de Delstanche.

genoux et, tandis que la main maintient le corps du bébé, la main droite de l'aide fixe la tête, d'une façon complète, en hyperextension légère.

L'opérateur est assis ou reste debout, le corps penché en avant et les genoux fléchis. Il s'éclaire au moyen d'un miroir de Clar, ou plus simplement il fait placer l'enfant devant une fenêtre. Il prend l'abaisse-langue de la main gauche et la pince de la main droite. Il est bon, pour la facilité des mouvements, de prendre la pince, la main étant en pronation ; le pouce s'enfile dans un des anneaux des branches, le médius s'enfile dans l'autre et l'index sert en quelque sorte de conducteur à la pince.

L'opérateur se met en face de l'enfant. Il introduit l'abaisse-langue assez profondément, déprime la langue, puis il introduit la pince *légèrement de côté et fermée*. Il contourne la luette, remonte derrière le voile et visant, pour ainsi dire, l'angle formé par le plafond et la paroi postérieure du pharynx, il ouvre la pince et saisit entre les mors un fragment d'adénoïde. Il referme ensuite la pince et la retire légèrement, *sans arracher*.

La pince étant hors de la bouche, il fait tomber d'un coup sec le fragment saisis, puis il introduit de nouveau la pince dans le naso-pharynx ; *il répète deux ou trois fois cette manœuvre.*

Trois ou quatre coups de pince sont, le plus souvent, incapables de débarrasser complètement l'enfant de ses végétations. On n'essaie pas de faire en une fois une cure complète ; on préfère refaire

l'opération quelques jours plus tard, s'il en est besoin.

b) **Quand on opère avec l'adénotome de Moure :**

Comme la pince, l'adénotome est introduit de côté dans le naso-pharynx ; quand il est derrière le voile, on le redresse et on essaie de buter contre l'angle formé par le vomer et le plafond du cavum. D'un mouvement sec, rapide, uniforme, on racle le plafond et la paroi postérieure du pharynx, sur la ligne médiane. On sort l'instrument : les griffes maintiennent dans le panier le paquet adénoïdien sectionné. Quand la grosse portion médiane des adénoïdes est enlevée, on peut continuer le curetage des parties latérales avec la curette, sans le panier et sans griffes : les morceaux sont alors trop petits pour pouvoir gêner, s'ils tombent dans le larynx ou l'œsophage.

Avec Moure, il faut reconnaître que cet instrument donne un *curetage presque complet* du cavum, sans léser d'organes importants, sans entamer la muqueuse des trompes. Avec lui, il est inutile, le plus souvent, de répéter l'opération dans les semaines qui suivent (1).

(1) Signalons seulement pour mémoire la méthode de Freer, inusitée en France. Freer emploïe la voie nasale et fait l'ablation des végétations adénoïdes à travers les fosses nasales. Tandis que la pince à mors arrondis, maniée par la main droite, est introduite dans les fosses nasales, l'index de la main gauche placé dans le naso-pharynx contrôle tous les temps de l'opération et pousse les végétations vers l'instrument. Freer emploie, paraît-il, cette méthode même chez les tout jeunes enfants, après anesthésie locale à la cocaïne.

3. — SOINS POST-OPÉRATOIRES.

Immédiatement après l'intervention, on penche la tête de l'enfant en bas et en avant ; de cete manière, le sang s'écoule au dehors par les narines et ne passe ni dans l'œsophage ni dans la trachée.

On peut également se servir, pour dégager les narines du bébé, du *mouche-bébé d'Escat,* qui aspire le sang et les mucosités.

L'hémorragie cesse rapidement ; on habille l'enfant, on lui met dans les oreilles deux petites boulettes de coton et on le laisse repartir, quand on s'est assuré que l'hémorragie est bien terminée.

On conseille de garder l'enfant à la chambre durant quelques jours, d'éviter le froid et les courants d'air ; on prescrit quelques instillations nasales et on fait prendre la température matin et soir.

Si l'enfant a dégluti un peu de sang, il le vomit souvent dans les heures qui suivent ou bien le lendemain ses selles sont foncées ; on avertit la mère qui pourrait s'inquiéter.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS OPERATOIRES

Les complications de l'adénotomie, d'ailleurs assez rares, tiennent en général à une technique incorrecte ou à une négligence de l'opérateur. *Il existe des complications vraies de l'opération, mais il existe surtout des fautes opératoires.*

Nous allons étudier sucessivement :

1° La chute des végétations dans les voies aériennes ;
2° L'hémorragie ;
3° Les complications infectieuses ;
4° Les fautes opératoires.

1. — CHUTE DES VÉGÉTATIONS DANS LE LARYNX.

La chute des végétations dans le larynx est un accident exceptionnel, mais d'une très grande gravité. Un fragment d'adénoïde, détaché par l'instrument mais mal saisi par lui, tombe dans les voies aériennes au lieu d'être ramené au dehors.

Cet accident a pu, dans certains cas, déterminer la mort immédiate, par obturation du larynx ou de la trachée par la végétation adénoïde. Le plus souvent, il se traduit par un accès de suffocation plus ou moins dramatique et qui peut se répéter. Une dyspnée plus ou moins vive, des quintes de toux violentes en sont les principaux symptômes.

Le passage d'une certaine quantité de sang dans le larynx, pendant ou après l'opération, se traduit également par des quintes de toux ; elles sont moins violentes et cessent plus rapidement que dans le cas précédent.

Si les symptômes de la chute des végétations sont alarmants, il faut agir rapidement. Avec un doigt, l'on essaie de désobstruer le larynx ; si cette manœuvre est impossible — c'est ce qui se passe d'ordinaire chez un nourrisson — il faut mettre la tête en position déclive et au besoin faire la trachéotomie.

Si l'on n'a pas eu la chance de retirer le fragment, du larynx ou de la trachée, il faut craindre que sa présence dans une bronche ne provoque une autre complication grave : la gangrène pulmonaire.

2. — HÉMORRAGIE.

Au cours de l'opération, il se produit un écoulement sanguin. Le sang s'échappe en partie par la bouche, en partie par le nez. Une certaine quantité de sang est également déglutie.

Cet écoulement sanguin s'arrête spontanément au bout de quelques minutes. On peut observer cependant :

1° Une *hémorragie primitive,* « *immédiate* », abondante, persistante et plus ou moins rebelle ;

2° Une *hémoragie primitive,* « *retardée* », qui se produit dans la journée de l'opération ;

3° Une *hémoragie secondaire,* apparaissant plusieurs jours après l'opération (du 4e au 6e jour). Elle est due à la chute de l'escharre.

L'hémorragie post-opératoire persistante se rencontre soit chez des prédisposés, des hémophiles, soit chez des enfants opérés imprudemment pendant une poussée aiguë d'adénoïdite : rappelons encore que les végétations adénoïdes ne doivent jamais être opérées à chaud.

L'hémorragie est également abondante et tenace si, au cours de l'opération, on a blessé le voile du palais, le vomer ou une queue du cornet, ou si l'opération a été faite de telle façon que des débris de tumeur sont demeurés dans le cavum.

A ce propos, Moure reproche aux pinces de laisser une paroi irrégulière et frangée, l'instrument étant incapable, à cause des prises successives de faire une surface lisse. L'adénotome, pour lui, évite ce reproche : il coupe seulement ce qui dépasse et permet un curetage presque complet du cavum.

Pour le traitement de cette hémorragie post-opératoire, il faut, avant toute autre chose, explorer

le pharynx, faire au besoin un toucher, avec le doigt bien propre. Si un petit fragment de végétation pend dans le larynx, un coup de pince peut suffire à faire cesser l'hémorragie. Si l'on ne trouve rien à l'exploration, on essaie, à plusieurs reprises, des instillations d'eau oxygénée pure ou des instillations d'adrénaline (2, 3 ou 4 gouttes par narine de la solution au millième).

Si, malgré ce traitement, l'hémorragie persiste, il faut enlever les caillots du cavum et pratiquer le tamponnement du naso-pharynx. Cette pratique est délicate chez le nourrisson et demande une certaine habitude. Enfin, dans les cas où le bébé a perdu beaucoup de sang, il est bon de recourir au traitement général des grandes hémorragies. Il est heureusement exceptionnel d'en arriver là.

3. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES.

Quelques heures après l'opération, on peut voir apparaître une complication, assez fréquente dans sa forme bénigne : c'est l'infection de la plaie opératoire. *L'adénoïdite post-opératoire* peut être des plus légères et se traduire uniquement par une petite élévation thermique. D'autres fois, elle est plus sérieuse ; d'autres symptômes accompagnent la fièvre : l'écoulement nasal est assez abondant ; du pus peut descendre le long de la paroi postérieure du pharynx ; on note de l'engorgement ganglionnaire.

Cette complication peut être elle-même le point de départ de plusieurs autres : angine aiguë, abcès rétro-pharyngien, sinuosité, complications infectieuses à distance, pulmonaires ou intestinales.

Parmi les complications de voisinage, la plus importante est *l'otite moyenne aiguë*. Il s'agit soit d'une otite ancienne qui « se réchauffe » à l'occasion de l'opération, soit d'une otite atteignant une oreille saine. L'infection se propage de la plaie opératoire à la caisse du tympan par la trompe d'Eustache. Les premiers symptômes apparaissent deux ou trois jours après l'intervention ; quant à l'évolution, c'est l'évolution ordinaire des otites moyennes aigues, avec les complications possibles de celles-ci.

Nous avons dit déjà l'importance du traitement médical dans ces complications infectieuses. Il faut, bien entendu, garder l'enfant à la chambre, faire des instillations huileuses dans les narines et surtout surveiller l'apparition des complications de l'adénoïdite, justiciables d'un traitement particulier : l'otite, par exemple.

4. — FAUTES OPÉRATOIRES.

Si l'enfant bouge, si l'on manie incorrectement la pince, on risque de blesser la luette ou le voile du palais, d'enlever un morceau de muqueuse ou de léser gravement les lèvres de la trompe d'Eustache. Ces deux dernières complications sont sérieuses à cause des cicatrices qui leur font suite.

Il est également possible de mordre avec la pince le vomer ou d'amputer une queue de cornet : les cuillers de la pince, dans ce cas, ont été trop tôt écartées et ont fait une fausse prise. On peut être averti de cette erreur : *chaque fois qu'on éprouve de la résistance, en serrant la pince introduite dans le naso-pharynx, c'est que la pince a basculé et qu'elle a saisi soit le vomer soit une queue de cornet.* Il faut alors écarter de nouveau les mors et replacer l'instrument en bonne position.

Enfin, c'est une faute opératoire que de laisser des lambeaux de végétations, des franges qui pendent derrière la luette. Ces débris sont, nous l'avons vu, la source d'un hémorragie souvent rebelle.

CHAPITRE VIII

RESULTATS OPERATOIRES

Ces résultats opératoires sont toujours des plus satisfaisants. Pendant notre internat, à l'hôpital Bretonneau et à l'hôpital Trousseau, nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer des nourrissons adénoïdiens ; nous n'avons jamais eu le moindre accident à la suite d'une intervention et nous n'avons eu qu'à nous louer d'avoir fait l'adénectomie. Faut-il dire d'ailleurs adénectomie ou adénotomie ? Avec la curette, comme on le verra dans plusieurs observations qui suivent, on ne peut pas faire une cure complète ; il faut parfois intervenir à quatre reprises : c'est plutôt une adénotomie qu'une adénectomie. Lorsqu'on opère avec l'adénotome de Moure, il suffit d'intervenir une fois : c'est une adénectomie presque parfaite. Notons pourtant que l'opération, quelle qu'elle soit, ne met pas à l'abri des récidives ; il faut avertir la famille que l'enfant pourra présenter des végétations adénoïdes dans les mois ou dans les

années qui suivront. *En raison même de ces récidives possibles, il n'est pas indispensable à notre avis, de faire une cure radicale des végétations.* Qu'il nous suffise de faire disparaître les accidents en cause : le résultat sera déjà fort appréciable.

Les bienfaits du traitement ne tardent pas à se faire sentir ; ils sont plus précoces et plus marqués que chez les enfants plus âgés. Ces troubles qui avaient exigé l'intervention cessent rapidement, souvent même immédiatement après l'adénotomie. On assiste, dans certains cas, à une véritable résurrection de l'enfant ; il n'est pas exagéré de dire que quelques coups de pince ou de curette ont sauvé la vie du nourrisson.

Nous avons recueilli, dans les ouvrages ou thèses publiés sur les végétations adénoïdes du nourrisson, les observations qui sont les plus typiques ; dans chacune d'elle, on peut noter, d'une façon certaine, le bénéfice de l'adénotomie.

Dans la forme respiratoire, on voit disparaître la gêne respiratoire, le cornage, les accès de suffocation ; le bébé respire plus librement, il n'a plus ce coryza à répétion qu'il avait jusque-là ; la nuit, il dort tranquillement. Les observations I, II, III, VIII, nous semblent très nettes à ce point de vue ; une seule intervention suffit en général ; quelquefois, on n'obtient le résultat désiré qu'au bout de deux ou trois séances.

Dans la forme digestive, on trouve des résultats plus surprenants encore après l'ablation des adé-

noïdes. Le nourisson respire bien et ne lâche plus le sein ; sa tétée est normale ; il « reprend » du poids et sa croissance redevient régulière. Assez souvent, dans les jours qui suivent l'opération, le poids de l'enfant diminue, mais bientôt la balance accuse une progression considérable (observ. V et VI). Dans les cas extrêmes, où l'on trouvait une véritable athrepsie adénoïdienne, on constate, après la cure, que l'enfant renaît vraiment à la vie. Un bébé chétif devient un enfant robuste. Les vomissements réflexes disparaissent (observ. X), la diarrhée également. Le nourrisson profite, comme le montrent les observations IV, V, VI.

Dans la forme infectante, les résultats ne sont pas moins brillants ; les poussées d'adénoïdite et les complications qui leur faisaient suite ne se rencontrent plus. (Observ. VII, IX.)

Dans la forme qui s'accompagne de *complications réflexes* à distance, un coup de pince suffit, en général, pour faire disparaître le laryngo-spasme (Observations XI, et XII), des crises d'asthme, les convulsions ou la toux-coqueluchoïde (observ. XIII et XIV).

Dans l'observation XV enfin, on peut remarquer à la fois la disparition des troubles adénoïdiens à la suite d'une interveniton chez un bébé de 8 mois, et la récidive des végétations adénoïdes nettement constatée à l'âge de 2 ans.

Le tableau que nous reproduisons plus loin résume les observations de cette thèse ; en les lisant, on admettra la nécessité d'un traitement dans les végé-

tations adénoïdes des nourrissons et l'on ne trouvera plus exagéré le mot suivant d'Auchard : « Avant de comprendre quelle maladie grave de l'enfant sont les végétations adénoïdes, j'ai cru qu'on opérait trop. Aujourd'hui, je dis : on n'opère pas assez. »

Numéro de l'observ.	Age de l'enfant	TROUBLES PROVOQUÉS par les V. A.	GUÉRISON après :
1	3 mois	Cornage, accès de suffocation et convulsions	3 interventions.
2	10 mois	Cornage, gêne respiratoire et début d'athrepsie	1 intervention.
3	4 mois 1/2	Obstruction nasale, arrêt de développement	1 intervention.
4	12 mois	Arrêt de développement et diarrhée fétide	1 intervention.
5	5 mois	Troubles gastro-intestinaux, otite, obstruction mécanique, complications infectieuses	1 intervention.
6	9 mois	Troubles gastro - intestinaux et pulmonaires. Obstacles mécaniques et complications infectieuses	1 intervention.
7	16 mois	Adénoïde et otite double suppurée. Surdité complète	1 intervention.
8	20 mois	Coryza, crises d'étouffement	1 intervention.
9	16 mois	Obstruction nasale, adénoïdite ...	1 intervention.
10	15 jours	Toux et vomissements réflexes...	1 intervention.
11	7 mois	Laryngospasme	4 interventions.
12	14 mois	Laryngospasme	1 intervention.
13	10 mois	Crises convulsives. Asthme	3 interventions.
14	7 mois	Crises d'asthme	(mort par méning.) 1 intervention.
15	8 mois	Obstacle mécanique et troubles gastro-intestinaux. Arrêt de développement. (Récidive constatée à l'âge de 2 ans.)	1 intervention.
16	4 mois	Obstacle mécanique, ronflement, gêne de la succion chez un nourrisson hérédo-syphilitique.	Guérison sans intervention, par 4 injections de novarsénobenzol.

OBSERVATION I

(Empruntée à la thèse de Guéneau, — Paris, 1897.)

Troubles de la respiration et de la succion. Cornage et accès de suffocation. Convulsions. (*Guérison au bout de trois interventions.*)

Enfant R..., 3 mois. — Cet enfant est amené à la clinique le 1er décembre 1896 pour des troubles de la respiration et de l'allaitement. Il respire la bouche ouverte, difficilement et avec bruit et présente du cornage. Ce dernier disparaît quand on pince le nez entre les doigts. Le nez est le siège d'un coryza rebelle avec écoulement continu qui irrite fortement l'entrée des narines et la lèvre supérieure.

Le sommeil est très agité, l'enfant se réveille en sursauts, la tête couverte de sueurs, en proie à des accès d'étouffement.

L'examen de la poitrine ne révèle aucun signe à la percussion et à l'auscultation.

L'enfant éprouve une grande gêne pour téter, abandonnant le sein à chaque instant pour respirer par la bouche. Pendant la tétée, il lui arrive parfois de tousser ou d'être pris de suffocation en rejetant le lait qu'il a absorbé.

Cet enfant a déjà eu des convulsions à deux reprises différentes.

D'après l'ensemble des symptômes, on fait le diagnostic de végétations adénoïdes, et, séance tenante, on donne dans le naso-pharynx un coup de pince qui ramène une petite masse de tissu adénoïde.

8 Décembre. — On ramène l'enfant qui respire toujours mal et dort encore la bouche ouverte, avec du cornage.

Un deuxième coup de pince donné aussitôt ramène une nouvelle masse adénoïde.

19 Décembre. — Le lendemain de l'intervention précédente l'enfant a encore eu des convulsions. Il a toujours le sommeil agité, la respiration très bruyante et encore du cornage.

Une troisième fois on intervient avec la pince et on retire un fragment de végétation.

2 Janvier 1897. — L'enfant va beaucoup mieux, il dort bien, sans agitation, et n'a plus de cornage ; il prend le sein régulièrement, sans interruption pendant la tétée.

Enfin les convulsions ont disparu.

8 Mars. — L'état général est très satisfaisant.

L'enfant reprend du poids : il pesait 14 livres au 1er décembre, trois mois après il en pèse 22. Un dernier coup de pince dans le cavum ne ramène aucun fragment de tissu adénoïde.

OBSERVATION II

(Empruntée à la thèse de Guéneau.)

Cornage, gêne respiratoire et début d'athrepsie, par végétations adénoïdes. (Guérison par l'ablation.)

Eugène C..., 10 mois. — 8 décembre 1893. — Respire très difficilement, a du cornage et de l'occlusion nasale. Il tette avec beaucoup de peine, se nourrit mal, et présente déjà un certain degré d'athrepsie.

On fait l'ablation d'une masse de végétations grosse comme une petite noisette.

15 Décembre. — L'enfant va mieux. Il corne moins, tette et dort bien.

22 Décembre. — Plus de cornage. Très bon état général.

OBSERVATION III

(Empruntée à l'article de MM. Variot, Le Marc'Hadour et Roger. — Clinique infantile. 1er juillet 1905.)

Végétations adénoïdes, obstruction nasale, arrêt de développement. (Ablation des adénoïdes et guérison.)

Marie B..., 4 mois et demi, née à terme, poids de naissance : 3 kilogr. 100 ; le père et la mère sont bien portants, l'enfant a deux frères aînés en parfaite santé. Dès les premiers jours de la naissance, Marie B... présente une grande difficulté pour téter, elle est nourrie au sein par sa mère, elle prend mal et lâche le sein à tout moment pour respirer, s'énerve, crie et refuse de téter après quelques courtes succions.

La mère note du ronflement nocture et de l'agitation pendant le sommeil.

Au bout d'un mois, l'enfant tette si mal que la sécrétion tarit ; l'enfant est alors nourrie au lait stérilisé Gallia, et les tétées réglées par le docteur Variot à la consultation ; la mère est très soigneuse et intelligente, et suit strictement les conseils qu'on lui donne.

La gêne respiratoire gêne la succion de la tétine et le nourrisson se fatigue avant d'avoir pris la ration suffisante : on essaie de parfaire à la cuiller.

Il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux : deux selles normales par jour.

Le poids de naissance était, nous l'avons dit, de 3 kilogr. 100 gr.; à 4 mois et demi, l'enfant, qui ne présente aucune tare que son obstruction nasale, pèse seulement 3 kilogr. 700 gr.; elle a donc augmenté seulement de 600 gr. en 4 mois et demi, alors qu'elle eût dû presque doubler son poids de naissance.

La situation est sérieuse et pleine de danger ; il faut intervenir si l'on veut éviter la cachexie.

Le diagnostic de végétations est posé, le pharynx désinfecté pendant quelques jours avec de l'huile mentholée au centième et l'opération pratiquée en une séance, à la curette, l'on retire un gros paquet d'adénoïdes.

L'intervention est faite le 8 septembre; dès les premiers jours, l'opération devient calme; les nuits, autrefois traversées de réveils brusques et de colères, sont bonnes, et l'alimentation au biberon se fait facilement ; l'enfant tette bien sans reprises et prend avidement tout ce qu'on lui donne.

Le résultat est immédiat et rapide ; le 13 octobre, la petite malade a gagné 800 grammes ; c'est plus en un mois qu'elle n'avait fait en 4 mois et demi. L'augmentation se fait ainsi régulièrement et en mars, six mois après l'opération, le poids est de 8 kilogr. 500 gr.

OBSERVATION IV

(Empruntée à l'article de MM. Variot, Le Marc'Hadour et Roger. — La Clinique Infantile. 1er juillet 1905.

Végétations, arrêt de développement, diarrhée fétide. (Ablation et guérison.)

Pierre B..., 1 an. — Enfant né avant terme à sept mois, pesant 1 kilog. 900 ; il a un frère aîné de 4 ans, très vigoureux.

Nourri par la mère pendant 8 mois, le petit malade qui, jusque-là, venait bien, est pris, à l'âge de six mois, d'un coryza intense qui laisse après lui du bouchage nasal définitif, de la gêne pour téter et du ronflement nocturne.

L'enfant tette si mal que la mère perd son lait et que l'on est obligé de donner le biberon. Depuis l'âge de sept mois, l'enfant étant encore au sein, s'est établie une diarrhée abominablement fétide, avec trois ou quatre selles par jour.

Le poids avait régulièrement augmenté dans les six premiers mois ; dès que paraît le bouchage nasal, il cesse de croître.

L'enfant est cependant régulièrement suivi et surveillé: il prend du lait stérilisé, toute la sollicitude de son entourage demeure sans résultat, et, pendant six mois, il reste stationnaire, augmentant en tout de 400 grammes pendant ce laps de temps.

Notre ami, le Dr Roger, le voit à ce moment, consulté pour cette situation grave : il porte le diagnostic de végétations adénoïdiennes et nous adresse le petit malade.

Pierre B... a exactement un an quand on nous le conduit; il paraît six mois, âge auquel il s'est arrêté, pour ainsi dire ; la face est jaune et bistrée, les yeux saillants, l'ensemble est d'un petit vieux fané ; le ventre est globuleux, les membres amaigris.

Les selles sont si fétides que la mère n'ose pas prendre les moyens de transports publics pour ne pas incommoder les voyageurs et vient des environs de Paris en voiture.

L'opération est pratiquée au mois de décembre : on enlève de volumineuses végétations.

Dès les premiers jours, l'enfant, depuis six mois arrêté, prend 350 grammes de poids et le lendemain même de l'intervention, la diarrhée fétide cède pour ne plus reparaître.

Le résultat ultérieur est parfait, l'alimentation au biberon se fait facilement, le bébé s'éveille, le teint s'éclaircit, le poids monte rapidement ; en mars, 4 mois après le coup de curette, il est de 19 livres.

OBSERVATION V

(Empruntée à la thèse d'Elmerich.)

Végétations adénoïdes. Troubles gastro-intestinaux. Otite. Obstacle mécanique et complications infectieuses. (Chez un nourrisson rachitique ; guérison après l'intervention.)

Jeanne S..., 5 mois. — Nourrie au biberon.

Amenée le 18 octobre à l'hôpital pour son mauvais état

de santé, la petite est nettement rachitique : chapelet costal, épiphyses tuméfiées, gros ventre. Elle est sujette à des vomissements ; ses selles sont fréquentes et mal liées, souvent liquides.

Mais on constate que l'enfant fait entendre pendant les tétées un bruit de cornage très prononcé. La mère l'a remarqué depuis longtemps sans y attacher d'importance. Pourtant son enfant s'enrhume très facilement, son nez se bouche, alors les tétées sont plus difficiles et le ronflement devient permanent. La mère se contente de lui introduire de la vaseline dans les fosses nasales.

Le toucher digital montre l'existence de végétations dans le cavum.

Quelques râles de bronchite dans les poumons.

Le poids à l'entrée est de 4 kilogr. 780.

On institue un régime convenable pour remettre en état le tube digestif : diète mitigée et réglementation des tétées. Les selles restent anormales, liquides ou mélangées ; les vomissements diminuent. Malgré le régime, le poids n'augmente pas, il reste stationnaire, subit quelques fluctuations, la courbe moyenne s'abaisse.

Le 17 novembre. — L'écoulement nasal devient plus abondant et une otite se déclare ; un écoulement purulent se fait par une oreille.

Le 23 novembre. — L'enfant pèse 4 kilogr. 500; son poids a donc diminué de 280 grammes depuis son entrée à l'hôpital ; il y a plus d'un mois. Cependant depuis le 5 novembre, les selles sont à peu près normales, encore liquides certains jours cependant. L'infirmière constate chaque fois que l'enfant boit difficilement. De plus, son otite persiste. Il est opéré par le docteur Cuvillier qui lui gratte ses végétations adénoïdes.

Le poids baisse encore les jours suivants et l'enfant prend mal le biberon.

Le 4 décembre. — On note que l'enfant le prend beaucoup mieux, le poids se relève aussitôt ; en même temps, les fonctions intestinales se régularisent, les selles sont normales et la courbe de poids se dessine en progression régulière. Le poids est de 5 kilogrammes le 27 décembre et de 5 kilogr. 270 le 3 janvier.

OBSERVATION VI

(Empruntée à la thèse d'Elmerich.)

Végétations adénoïdes. Troubles gastro-intestinaux et pulmonaires. Obstacle mécanique et complications infectieuses. (Guérison après l'intervention.)

Raymond L..., 9 mois. — Né à terme, pesait 3 kilogr. à la naissance. Nourri au sein pendant dix jours, puis au biberon. Tousse depuis cinq mois, a souvent la diarrhée et des vomissements ; il ronfle lorsqu'il dort et quand il boit; la mère le trouve « gêné par le nez ».

Depuis huit jours, il a une diarrhée abondante et tousse davantage.

Cet enfant est rachitique ; il a un chapelet costal, les épiphyses jusxta-articulaires tuméfiées, le ventre gros, la fontanelle largement ouverte. Les selles sont liquides et fétides ; dans la poitrine, il a des râles sibilants et ronflants ; il corne bruyamment en tétant ; le toucher rhino-pharyngé est positif.

Poids à l'entrée, le 11 janvier, 4 kilogr. 900.

L'enfant est mis au régime. Les vomissements disparaissent et les selles deviennent normales ; cependant le poids qui avait baissé, jusqu'à fin janvier : 4 kilogr. 600, reste stationnaire, malgré plusieurs essais d'alimentations diverses. On se décide alors à faire opérer l'enfant par le Dr Cuvillier qui lui enlève ses végétations adénoïdes le 21 février. Le poids à ce jour est de 4 kilogr. 600.

Les deux jours suivants, l'enfant perd 100 gr., puis il remonte rapidement à 4 kilogr. 700, s'y maintient une huitaine de jours et sa courbe monte brusquement. A ce moment, il supporte bien le lait stérilisé et sa bronchite est complètement guérie.

Le 16 mars, il regagne son poids d'entrée : 4 kilogr. 900.

Le 28 mars, jour de son départ, il pèse 6 kilogrammes.

OBSERVATION VII

(Empruntée à la thèse de Guéneau.)

Végétations adénoïdes volumineuses ; adénoïdite et otite double suppurée. Surdité complète. (Guérison presque complète après ablation des végétations.)

Charles F..., 16 mois. — 31 mai 1895. — Est amené pour une otorrhée double qui occasionne une surdité absolue. De plus, cet enfant respire mal par le nez et ronfle en dormant. Il est également gêné pour téter.

On procède au toucher naso-pharyngien avec le petit doigt, et on constate la présence de végétations adénoïdes volumineuses.

On donne un coup de pince qui ramène une masse adénoïde grosse comme une cerise.

7 Juin. — L'enfant respire bien et tette régulièrement. Son écoulement d'oreilles a diminué et il entend déjà mieux.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à la thèse de Guéneau.)

Végétations adénoïdes, avec coryza et crises d'étouffement. (Guérison en une séance.)

Marguerite G.... 20 mois. — 28 novembre 1914, a la respiration nasale difficile et un coryza avec écoulement abondant.

Cette enfant a la bouche constamment ouverte, ronfle fortement la nuit, et a quelquefois des réveils en sursauts

et des accès d'étouffement. Elle tette mal et lâche le sein. Les digestions sont mauvaises ; elle maigrit beaucoup depuis quelques semaines.

Séance tenante, on donne un coup de pince à végétations qui ramène une masse adénoïde du volume d'une petite noisette.

30 Novembre. — L'état général est très amélioré. L'enfant n'a plus d'insomnies, ni d'étouffements. Elle tette bien.

OBSERVATION IX

(Empruntée à la thèse de Guéneau.)

Obstruction nasale et adénoïdite. (*Nécessité de deux interventions à trois mois d'intervalle.*)

Adrienne P..., 15 mois. — 2 décembre 1892. — Cette enfant est amenée à la Polyclinique parce qu'elle a de l'obstruction nasale avec du jetage, et qu'elle est très gênée pour respirer et pour téter. On prescrit de la vaseline boriquée par le nez.

9 Décembre. — On fait l'ablation à l'aide de la pince à végétation d'une masse adénoïde de la grosseur d'une noisette.

16 Décembre. — Le nez coule moins. La respiration est meilleure. L'enfant tette et dort régulièrement.

3 Mars 1893. — L'enfant est ramenée ; elle a de nouveau du jetage nasal. On enlève une deuxième masse adénoïde.

10 Mars. — L'enfant va mieux sous tous les rapports.

31 Mars. — L'état général est excellent.

OBSERVATION X

(RÉSUMÉE)

(Empruntée à l'article de MM. Variot, Le Marc'Hadour et Roger. — La Clinique Infantile. 1er juillet 1905.)

Petites végétations adénoïdes, toux et vomissements réflexes. (Résultat immédiat par l'ablation des végétations.)

Alice M..., 15 jours. — Vomit depuis sa naissance, malgré l'allaitement maternel. La diète hydrique, le lait stérilisé, le lait cru, le lait maternisé, la pepsine, l'acide lactique, la pancréatine, employés successivement n'ont aucun succès contre les vomissements.

On soupçonne alors un trouble réflexe d'origine naso-pharyngienne. Il n'y avait jamais eu de ronflement ni de gêne respiratoire.

Une pince à végétations est portée dans le pharynx nasal et ramène gros comme un pois de tissu adénoïdien.

Malgré le petit volume de ces végétations, le résultat est immédiat : trois jours après, les vomissements ont complètement disparu.

A la suite de l'intervention, l'enfant qui, jusqu'à l'âge de 2 mois et demi, n'avait rien gagné, reprend du poids et à 9 mois pèse 9 kilos.

OBSERVATION XI

(Empruntée à la thèse de Liberge. — Lyon, 1903.)

Laryngospasme dû à la présence de végétations adénoïdes. (Nécessité de quatre interventions successives. Les trois premières sont suivies de convulsions

et de crises de suffocation. La quatrième amène la guérison complète.)

Victor D..., âgé de 7 mois, né à Lyon, entre le 13 avril 1900 à la Crèche Saint-Ferdinand, lit n° 9.

Ses parents ont toujours été bien portants. Ni frères ni sœurs. Né à terme, l'enfant a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de sept mois, c'est-à-dire jusqu'à ces jours derniers. Depuis, lait coupé avec de l'eau pure, eau d'orge, etc..

L'enfant est sujet, depuis un mois ou deux, à des accès de suffocation dont la durée varie d'une heure à deux heures. Il aurait eu une bronchite il y a un mois. Depuis deux ou trois jours, les accès de suffocation sont revenus. Un médecin, consulté, ne trouvant pas de symptômes pulmonaires susceptibles d'expliquer cet accès, envoie l'enfant à l'hôpital de la Charité avec diagnostic d'œdème de la glotte.

A l'entrée, on est en présence d'un enfant de belle corpulence, fort pour son âge, et bien conformé.

Il y a de la dyspnée, pas d'accélération des mouvements respiratoires, mais la respiration est difficile et bruyante, la voix n'est nullement voilée. L'inspection ne montre pas de tirage sus et sous-sternal. On ne sent rien d'anormal à l'exploration digitale de l'orifice supérieur du larynx et des parois du pharynx. La palpation et la percussion n'indiquent rien. L'auscultation indique seulement quelques râles de bronchite.

M. le Professeur Weill pense immédiatement à des végétations adénoïdes, et, avec la pince de Ruault, fait l'ablation de quelques fragments situés sur la paroi supérieure du pharynx. L'enfant prend alors une crise convulsive ; immédiatement on cesse la petite opération.

La crise ne dure que quelques minutes, et l'enfant s'endort aussitôt tranquillement. Il respire beaucoup plus librement par le nez qu'avant l'ablation des végétations, dit sa mère.

Il sort le 22 avril suivant, semblant guéri, n'ayant eu aucune crise depuis l'opération.

Il rentre le 22 mai de la même année. Les crises sont revenues quelques jours après sa sortie, se montrant

presque exclusivement la nuit, et deviennent très fortes et très longues.

23 Mai. — Constatation de nouvelles végétations adénoïdes, intervention immédiate, incomplète cependant, par crainte de provoquer une crise. On ne retire que deux ou trois fragments.

Aucune crise pendant les deux jours qui suivent.

28 mai. — Crises revenues durant deux ou trois heures la nuit, à partir de minuit généralement. Dans la journée, respiration quinteuse ; on lui enlève encore trois fragments gros comme des pois.

29 mai. — Pas de crise cette nuit ; l'enfant ne ronfle pas en dormant.

4 Juin. — Les accès de suffocation ont diminué ; l'enfant a toujours une toux sèche, quinteuse. On lui enlève encore trois fragments.

9 Juin. — Les quintes de toux sont devenues beaucoup plus rares. L'enfant ronfle beaucoup moins.

Il n'y a plus eu aucun accès.

Sorti le 10 juin.

OBSERVATION XII

(Empruntée à la thèse de Durif.)

Laryngospasme dû à la présence de végétations adénoïdes. (Guérison après l'ablation des adénoïdes.)

P... Jeanne, 14 mois, vue le 19 janvier 1910. Née à terme, après un accouchement normal. Nourrie au sein jusqu'à 13 mois. Le sevrage est commencé depuis peu ; n'a encore aucune dent, marche depuis un mois et demi.

L'enfant est malade depuis environ un mois ; elle aurait eu, à la suite d'un léger choc sur la région frontale, une crise caractérisée par une chute, puis contracture des

membres qui sont tournés, la face palmaire regardant l'extérieur, en pronation forcée.

Au cours de la crise, elle écume et il y a souvent incontinence vésicale ou rectale. Il y a eu cinq crises depuis un mois, la dernière datant du 14. Après la crise, il se produit une vaso-dilatation intense de la face et l'enfant est plus ou moins somnolente. Depuis un mois également, il se produit, aussi bien le jour que la nuit, des crises dyspnéiques brusques avec tirage considérable et cornage, cri rauque, durant de quelques secondes à une minute, et se répétant de 10 à 15 fois par 24 heures.

Au moment du premier examen, l'enfant, qui est dans le service depuis huit heures, n'a pas présenté de crises convulsives. Elle a manifesté une certaine agitation et a eu, au sortir d'un sommeil, deux ou trois accès de laryngospasme.

Examen somatique négatif, bon état général. Toutefois, elle n'a pas de dents et on trouve un léger chapelet costal. Les réflexes rotuliens sont forts : pas de Babiuski, pas de contracture.

Température, 37°3. Pas d'albumine. On donne du bromure, 0 gr. 75 centigr. pendant quelques jours, puis 1 gr.

26 Janvier. — Depuis l'entrée, n'a pas eu de crises convulsives ; par contre, elle a, deux ou trois fois par jour, du laryngospasme se produisant toujours au sortir du sommeil.

La fontanelle antérieure est fermée, le front est bombé ; pas de crânéo-tabes.

28 Janvier. — Opération des végétations adénoïdes. M. le Professeur Weill a arraché, à la pince, un fragment gros comme un pois.

22 Février. — Les crises de laryngospasme ont beaucoup diminué de fréquence et d'intensité.

24 Février. — L'enfant quitte le service.

En mars et en avril 1910, elle fit deux nouveaux séjours à Saint-Ferdinand pour des crises convulsives, mais elle ne présentait plus de spasme de la glotte.

OBSERVATION XII

(Empruntée à la thèse de Durif.)

Adénoïdes récidivantes chez l'hérédo-syphilitique. Crises convulsives et asthmatiques. (Mort par méningite.)

L'enfant, **Hélène C...**, âgée de 10 mois, a respiré normalement pendant les six premiers mois de la vie ; mais à la suite d'un coryza qui a duré un mois au moins, elle a commencé à ouvrir la bouche et à faire du bruit en dormant ; elle a maintenant un tel ronflement qu'elle empêche de dormir toute sa famille, qui habite un entresol étroit au-dessus d'un magasin.

C'est une enfant petite et malingre, très noire de peau, à crâne trop large et un peu aplati. En dehors d'une fille née d'un premier mariage et âgée de 17 ans, c'est la troisième enfant d'un second mariage ; dans l'intervalle des deux mariages, le père a contracté la syphilis. Il y a eu aussi deux accouchements prématurés d'enfants morts et un avortement à 4 mois et demi. Le médecin traitant dit que les grossesses menées à bien sont celles pendant lesquelles la mère a pris de l'iodure.

Une prise avec la pince de Lœwenberg ayant démontré la présence de grosses végétations, on fait en trois fois un curetage complet. Au bout de six mois de guérison, en apparence complète, récidive des troubles respiratoires. On constate à ce moment que l'enfant a du nystagmus, du rachitisme et de grosses amygdales. On enlève ces amygdales à l'amygdalotome, mais il n'y a pas d'amélioration et l'enfant prend des convulsions deux mois plus tard, de sorte qu'on lui enlève à nouveau des végétations.

Cette fois encore, amélioration nette, mais à 2 ans ½ on constate une troisième récidive des végétations avec reprise des convulsions et apparition des crises asthmatiques très nettes : le nystagmus a persisté. C'est à l'occasion d'une de ces crises asthmatiques que l'enfant est revue et opérée une troisième fois. En même temps, on la met à un traitement ioduré et mercuriel par frictions, plus

intensif que les autres fois où l'on s'était contenté de prescrire un peu d'iodure.

Cette fois l'amélioration fut plus persistante, bien que l'enfant continuât à tenir la bouche ouverte et à respirer avec une certaine difficulté.

Elle succomba à 4 ans et demi à une méningite.

OBSERVATION XIV

(Empruntée à la thèse de Durif.)

Crises d'asthme guéries par l'adénotomie.

Mlle L... M..., 7 mois. — Vue le 14 juin 1910.

Fortes crises d'asthme à deux mois, ayant duré 10 jours. On appela le médecin par crainte d'une broncho-pneumonie. Celui-ci (M. le Dr Favre-Gilly) a constaté des élévations passagères de température, du tirage sus et sous-sternal très net, une respiration accélérée et sifflante avec secousses de toux assez fréquentes ; jamais de cyanose. Conservation de l'état général. Les crises durent 3 à 4 heures, séparées par des crises d'accalmie de 10-12 heures.

A l'auscultation, seulement quelques rouchies disséminés.

Rechutes récentes des crises d'asthme ; pas de bronchite. L'asthme est calmé par les bains, le bromure et l'antipyrine. Pas de fièvre. Elle ne ronfle habituellement pas la nuit. Enormes adénoïdes.

Juillet 1910. — Opération d'adénoïdes à la pince sous-cocaïne. Pas d'hémorragie. Suites normales.

Avant l'opération, fortes crises d'asthme qui ont duré 10 jours.

11 Avril 1911. — Asthme très amélioré, pas de forte crise. Parfois un peu de ronflement. Parfois aussi dyspnée passagère avec toux sans fièvre, mais bon état général.

14 Mai 1911. — Plus d'accès d'asthme. Excellent état général.

OBSERVATION XV

(Empruntée à la thèse d'Elmerich.)

Végétations adénoïdes. Arrêt de développement. Obstacle mécanique et troubles gastro-intestinaux. (Résultats éloignés.)

Geneviève P..., 8 mois. — Née à terme. Pesait 4 k. 500 à la naissance.

Fait du bruit en respirant et garde la bouche constamment ouverte dès la naissance. La mère essaie de nourrir l'enfant au sein, mais il ne peut téter ; il suffoque dès qu'il prend le sein ; le nez semble obstrué ; la mère, pensant qu'il s'agit d'un coryza simple, prolonge ses essais pendant une semaine, puis y renonce et donne le biberon. Elle est obligée de percer la tétine d'une large ouverture pour que le lait coule de lui-même sans effort de succion; la déglutition se fait normalement.

A 7 mois seulement, les tétées deviennent plus faciles. Depuis l'âge de cinq mois, enfant est sujette, par intermittences, à des diarrhées fétides. A 8 mois, l'enfant pèse seulement 5 kilogr.; c'est à ce moment que la mère l'apporte à la consultation du docteur Variot qui constate la présence de végétations adénoïdes très abondantes et l'adresse au docteur Le Marc-Hadour pour être opérée. L'enfant paraît entendre difficilement.

Le ronflement disparaît après l'opération. La respiration se fait bien, la bouche fermée. Les tétées ne se font plus avec la moindre difficulté. L'augmentation de poids est immédiate; l'enfant augmente de 670 grammes en 15 jours

(5 kilogr. 670, quinze jours après l'intervention). La diarrhée perd sa fétidité et cesse peu à peu.

Résultats éloignés. — La croissance est devenue plus rapide après l'intervention, mais l'enfant est restée un peu en retard. Elle n'a eu sa première dent qu'à 10 mois ; la dentition s'est faite ensuite de façon défectueuse. Elle a marché à 20 mois. Aujourd'hui, à 2 ans, l'enfant ne dit encore que quelques mots; ses oreilles coulent, l'audition est mauvaise; elle respire la bouche ouverte et recommence à ronfler depuis 3 mois. Le Dr Le Marc'Hadour estime que les végétations adénoïdes ont repoussé. A 2 ans, elle pèse 10 kilogr. 650, c'est-à-dire est inférieure d'un kilogr. environ à la normale.

OBSERVATION XVI

(Empruntée à l'article du Prof. Marfan. — **Le Nourrisson,** mars 1917.)

Végétations adénoïdes chez un nourrisson hérédo-syphilitique. (Guérison des végétations par 4 injections de novarsénobenzol.)

P... Andrée, 4 mois, est présentée le 28 octobre 1913. Née à terme, avec un poids de 3 kilogr. 750, sans anomalie ; nourrie au sein par sa mère.

Quand elle a atteint l'âge de 6 semaines, on remarque que son nez coule, que ses narines renferment des croûtes sanguinolentes, qu'elle est gêné pour respirer, qu'elle a toujours la bouche ouverte, qu'elle ronfle la nuit et qu'elle refuse parfois le sein.

Quand nous l'examinons, à l'âge de 4 mois, elle pèse 5 kilogr. 900. Elle a la racine du nez écrasée; ses narines laissent couler du pus, parfois du sang ; elle est enchifrenée ; fissures des narines et des lèvres. Papules squa-

muqueuse. Le toucher du cavum montre l'existence de végétations assez volumineuses.

Rate très grosse au palper. Foie volumineux. Le diagnostic de syphilis héréditaire ne laisse pas de doute. Pourtant l'enquête sur les antécédents familiaux est négative.

Nous décidons de la traiter d'abord au novarsénobenzol. M. Blechmann lui fait 4 injections dans la veine jugulaire.

4 novembre	1 injection de 0 gr. 02
7 novembre	1 injection de 0 gr. 04
10 novembre	1 injection de 0 gr. 05
14 novembre	1 injection de 0 gr. 05

Le 21 novembre, l'enfant pèse 6 kilogr. 100. Le coryza a complètement disparu, les végétations ne sont plus perceptibles; l'enfant ne ronfle plus; les papules de la face sont effacées. L'état général est bon, mais la rate reste encore grosse. On continue le traitement par des frictions mercurielles.

CONCLUSIONS

1° Le véritable traitement des Végétations adénoïdes des nourrissons est le traitement chirurgical, pratiqué soit à la pince soit à l'adénotome de Moure. Le traitement médical. local ou général, a des indications particulières; il est le plus souvent incapable d'amener à lui seul et rapidement la disparition des troubles adénoïdiens; dans la plupart des cas il n'est qu'un adjuvant utile

2° Il n'y a pas d'âge d'élection pour opérer; il n'y a que des indications auxquelles il faut obéir.

3° L'ablation des végétations adénoïdes des nourrissons doit toujours se pratiquer « à froid » c'est-à-dire en dehors de toute poussée aigue.

4° Cette opération est sans danger par elle-même. Elle fournit le résultat désiré soit après une séance soit après 2 ou 3 interventions quand la première a été insuffisante.

5° L'adénotomie n'est pas une cure radicale. Elle débarrasse le nourrisson des troubles apportés par les végétations adénoïdes mais elle ne le met pas à l'abri des récidives.

Vu : Le Président de Thèse.
MARFAN.

Vu : Pour le Doyen,
L'Assesseur :
G. POUCHET.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Université de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAND. — Soc. de Pédiatrie nov. 1910 p. 470.

ASTIER. — *Bulletins* et *Mémoires* de la Société de laryngologie. Paris 1898. n° 6. Observation de végétations anédoïdes chez un enfant de six semaines.

BERTRAND. — Des végétations adénoïdes aux divers âges.

BLECHMANN. — *Paris médical* mai 1914; n° 3. Technique des injections par les veines jugulaires et épicrâniennes chez les nourrissons. Ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan.

BONNIER. — Traité d'hygiène et de Pathologie des enfants du premier âge (sous la direction du Dr Henry Rotschild) 1905. t. II. Maladies du nez.

BOULARD. — Thèse de Paris 1904. De la respiration stridoreuse chez les nourrissons.

Bays. — *Bulletins et mémoires* de la Société belge d'otologie 1900. Le naso-pharynx du nouveau-nè. Etude d'anatomie.

Brissaud. — De l'asthme. *Traité de médecine* t. IV.
Bulletin de l'Académie de médecine : Séance du 1er juin 1897.

Castex et Malherbe. — Presse médicale, mars 1894. Croissance post-opératoire.

Casabianca. — Thèse de Bordeaux 1908. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les nourrissons

Chaumier. — Mémoire présenté à l'Académie de médecine (cité dans le rapport d'Olivier.) Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1891 p. 174.

Citelli. — Bolettino della malattie d'ell arecchio, della golla et del naso.
Florence 1904, p. 141-150.
Vegetazioni adenoïdi e sordimutismo.

Courtade. — *Archives Internationales de laryngologie* Paris : Janvier-février 1903. De l'examen du pharynx supérieur par le toucher médiat à l'aide d'explorateurs.

— *Archives internationales de laryngologie* mai-juin 1903. Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale.

Cuvillier. — *Congrès de Moscou 1897.* (Section xii. Maladies de l'oreille). Etudes sur les végétations adénoïdes, pendant les premières années de l'enfance. (forme des nourrissons.)

Congrès de Madrid. 1903 Section de rhino-laryngologie.

Archives internationales de laryngologie. Paris 1903 n° 5.

Traité des Maladies de l'enfance sous la direction du professeur Grancher Paris 1904.

Daniel. — The Practitioner avril 1903. V. au point de vue des praticiens.

Deglavie. — Troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. Thèse de Paris 1897.

Duplaix. — Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme, *Gazette des hôpitaux.* Octobre 1892.

Durif. — Thèse de Lyon 1911. — Contribution à l'étude des végétations adénoïdes chez les nourissons.

Dutauzet. — Des végétations adénoïdes et de leurs rapports avec l'asthme. Thèse de Paris 1894.

Elmerich. — Végétations adénoïdes chez le nourisson. Leur influence sur son développement. Thèse de Paris 1906.

Escat. — Evolution et transformation anatomiques de la cavité naso pharyngienne. Thèse de Paris 1894.

— De la sténose congénitale des fossès nasales et des naso phapynx simulant le syndrome adénoïdien (Sté fr. d'otologie. Congrès de mai 1896.

Otto Freer. — Nouvelle méthode d'ablations des végétation adénoïdes à travers les fosses nasales. Archives intern. de laryngologie. oct. 1906.

E. Gaucher. — L'hérédodyphilis quaternaire du tissu réticule (annales des mal. vénériennes. Sept. 1907).

J. Garrel. — Diagnostic et traitement des maladies du nez.

Glover. — Le développement de la cloison nasale chez le nourrisson et chez l'enfant et l'opération des V. A. — Congrès français d'O. R. L. 17 mai 1908.

Gomperz. — Analysé in *Revue Hebdomadaire de laryngologie.* par Jaukelevitch 1905. Des otites aiguës chez les enfants à la mamelle.

Gradenigo. — Congrès biennal des Sociétés italiennes de laryngologie. Rome 1897. Hyperplasie de la tousille pharyngienne.

Grossard (Paris) et Kaufmann. (Angers). — Des complications de l'adénoïdectomie, Rapport présenté à la Société française d'oto-rhino-laryngologie. (Congrès de 1911.) Paru dans les annales des maladies de *l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* de Lermoyez 1911. t. xxxvi, 5e livraison.

Guéneau. — Etude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal des nourrissons. Thèse de Paris 1897.

Guisez. — La pratique oto-rhino-laryngologique. Paris 1909.

Jousset. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson. Echo médical du Nord. 1897. n° 40

Lambert. — *The Laucet*. 1898. 26 mars.

Lack. — Adenoïd grocoths and laryngeal stridor.

R. Lannois. — Précis des maladies du nez, des oreilles, du pharynx et du larynx, 1908.

Landolt. — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et au rhino-pharynx. Thèse de Paris 1901.

Lautmann. — Traitement de la rhinite et de l'adénoïdite chez le nourrisson. Annales des maladies de l'oreille. mars 1913.

Laurens G. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique (dans traité de medecine opératoire) 1906. Oto-rhino-laryngologie du Praticien. Paris 1912.

Le Scornet. — Les V. A. chez le nourrisson. Journal *Le Nourisson*. 1914, page 30.

Lermoyez. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales. Paris 1896.

Le marc'hadour. — Les V. A. et les ortites chez les nourrisson. Journ. de méd. et de chir. pratique. 25 janv. 1915.

Liberge. — Thèse de Lyon 1903. Sur une forme particulière du spasme de la glotte.

Lubet barbon. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1891. Quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge.

Lublinski. — Berl. Klin. Wochenschrift 1904. n° 28.

Quelques remarques sur les végétations adénoïdes.

Luc et Dubief. —Congrès de Berlin. Août 1890. Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges.

Marfan. *Semaine Medicale* 18 septembre 1907. Le rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx.

— *Comptes rendus* de l'Association française de pédiâtrie 1910. Pathologie du thymus

— Etude sur les V. A. des nourrissons. (Journ. Le Nourrisson. Mars 1917).

Martin. — Du Stridor laryngé congenital des nourrissons. Thèse de Bordeaux 1902.

Masséi. — *Archivio italiano di laringologia*. Naples. Juillet. 1904. p. 108. La vegetazioni adenoïdi del cavo naso pharyngeo nei popdanti. *Archivio ita-*

liano di laringologia. Naples 1905. p. 16. Vices de conformation congénitaux du nez et des fosses nasales.

Rapport lu au VIII^e Congrès de la Société italienne de laryngologie. Sienne 13-15 octobre 1904. Nosographie du *stridor* dit congénital.

MENDEL. — *Bulletin* de l'Académie de médecine de Paris. 1^er juin 1897. Physiologie et pathologie de la respiration nasale.

MERCIER-BELLEVUE. — Revue hebdomadaire de laryngologie. 28 février 1903. Résultats immédiats consécutifs à l'ablation des végétations adénoïdes.

MOURE (E. J.) — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Séance du 28 mars 1898. Présentation d'un enfant guéri des coassements des nouveaux nés par l'ablation des végétations adénoïdes.

— *Maladies* des fosses nasales. Paris 1893. *Traité* des maladies de la gorge du larynx et du pharynx. Paris 1904. *Journal de médecine* de Bordeaux n° 35. Août 1905. Les végétations adénoïdes chez les nourrissons.

MOURE (E. J.) et LAFARELLE. — *Bulletins et mémoires* de la Société française d'otologie. Paris 1901. Sur quelques particularités morphologiques du nasopharynx étudiées au point de vue clinique.

NIKITINE. — 2^me Congrès des oto laryngologistes Russes Moscou 1910. Végétations adénoïdes. Indication et méthode d'extirpation.

Nobécourt. — Végétadénoïdes, adénopathie trachéo bronchique et tuberculose. — Sté médicale des hôpitaux. 26 mars 1909.

Roger. — Une variété de stridor laryngé tardif guéri par l'ablation des V. A. — Sté de thérapeutique. 21 mai 1907.

Roux et Josserand. — Entérocolite et adénoïdite chez l'enfant. Sté de Pédiatrie. 21 mai 1906.

Sauquet. — Société belge d'otologie, séance du 4 juin 1899. De l'adénotomie dans la première enfance.

Smith. — *The Laucet* 21 mai et 8 juin 1895. pages 1892 et 1460.

The Laucet. 1er mars 1898. Adénoïd grocoths and laryngeal stridor.

Suarez de mendoza. — 15e Congrès international médical de Lisbonne 1906. Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes.

Suuterland et L. Lack. — *The Lancet*. Sept. 1897. Congénital laryngeal obstruction.

Thomas. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*. Bordeaux 1900. n° 58. Végétations adénoïdes et myxœdème *Marseille médical* 1899. n° 3. Végétations adénoïdes chez les nouveaux-nés.

Variot, Le Marc'Hadour et Roger. — Société de Pédiatrie juin 1905. Influence des végétations adénoïdes sur les troubles digestifs et les retards de croissance des nourrissons.

Variot. — Gazette des hôpitaux 13 févr. 1906. Végétations adénoïdes du nourrisson. Localisation clinique des cornages pharyngien, laryngien et bronchitique, Sté médicale des hôpitaux. 9 mars 1917.

Weill E. —Précis de médecine infantile t. I et II 3me édition. Lyon 1911.

Zwillinger. — Société hongroise d'otolaryngologie. Budapest, octobre 1901.
Végétations adénoïdes et surdi-mutité.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE 1er. — De l'importance des végétations adénoïdes dans la Pathologie du nourrisson..... 11

CHAPITRE II. — Traitement médical local, des végétations adénoïdes 20

CHAPITRE III. — Traitement général.....

CHAPITRE IV. — Indications et contre indications du Traitement chirurgical 30

CHAPITRE V. — Instrumentation..... 35

Planche 37

CHAPITRE VI. — L'opération..... 38

CHAPITRE VII. — Complications opératoires..... 42

CHAPITRE VIII. — Résultats opératoires..... 48

Conclusions 71